
207 & 281



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling Folkehelsefag
4 BACH

Anja Østli Ausland og Anna Marie Kippernes

Veileder: Anne Høstad With

Sykehjemmets møte med fremtiden

Long term care faces the future

Antall ord: 12836

BASYK 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket	JA X	NEI <input type="checkbox"/>
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage	JA X	NEI <input type="checkbox"/>

”Vanskeligheten ligger ikke i å få nye idéer, men i å unnslippe de gamle, som forgrener seg til hver krok av sinnet”

John Maynard Keynes

Forord

Vi ønsker å rette en takk til Gro Bentsen, Mary Kordahl og Berit Sjøli Nilsen for innsiktsfull informasjon som har belyst viktige momenter i vår oppgave.

Til slutt vil vi takke Anne Høstad With for god veiledning og hjelp gjennom skriveprosessen.

Sammendrag

Ifølge Norsk sykepleierforbund (NSF) student sin avgangsundersøkelse (2014) kommer det frem at kun et fåtall av sykepleierstudentene ønsker sykehjem som arbeidsplass.

Samhandlingsreformens nye føringer resulterer i at dagens sykehjemspasienter krever mer medisinskfaglig behandling. På bakgrunn av dette, må det rekrutteres en større andel av sykepleiere til kommunene. I tillegg må kompetansenivået til sykepleiere heves, slik at pasientenes omfattende og komplekse sykdomstilstand kan behandles på best mulig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I vår oppgave har vi valgt å konsentrere oss om tiltak som kan føre til økt rekruttering av sykepleiere og som kan heve kompetansenivået til sykepleiere i sykehjem. Dette fordi samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal overta noen av oppgavene til spesialisthelsetjenesten. Denne omstillingsprosessen krever bredere kompetanse og flere årsverk av sykepleiere til sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Statistikken tyder imidlertid på at slik det fremstår i dag er sykehjem lite attraktivt for nyutdannede (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2014). Vi ønsker med dette å belyse hvordan sykehjemmene kan gjøres attraktive utad, gjennom tiltak for rekruttering og kompetanseutvikling slik at kommunene kan møte samhandlingsreformens krav. Vi vil i tillegg til litteratur og forskning, belyse problemstillingen ved å anvende ulike teoretiske perspektiver på kompetanse, nyhetsartikler, og samtaler med fagpersoner som er relevante. Samhandlingsreformen vil danne en ramme rundt oppgaven, og vår besvarelse vil basere seg på tiltak som må gjennomføres for å imøtekomme dens føringer.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	4
1. INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	7
1.1.1 Begrunnelse av pasientperspektivet	7
1.1.2 Begrunnelse fra sykepleieperspektivet	8
1.2 OPPGAVENS HENSIKT	8
1.3 PROBLEMSTILLING	8
1.4 AVGRENsing AV OPPGAVEN	9
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	9
1.6 BEGREPSAVKLARING	9
1.6.1 Samhandlingsreformen	10
1.6.2 Kompetanse	10
1.6.3 Attraktiv arbeidsplass	10
2. METODE	11
2.1 LITTERATURSTUDIE	11
2.1.1 Primær og sekundær litteratur	11
2.3 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE	12
2.4 KVALITETSVURDERING AV LITTERATUR	12
2.5 SØKEPROSESSEN	13
2.6 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER	15
2.6.1 <i>Quality of care and long-term care administrators`education: Does it make a difference?</i>	15
2.6.2 <i>Redusert liggetid blant de eldste</i>	15
2.6.3 <i>Organisert for samhandling?</i>	15
2.6.4 <i>The impact of educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care</i>	16
2.6.5 <i>Competence in advanced older people nursing: developement of `Nursing older people – Competence evaluation tool</i>	16
3. TEORIDEL	17
3.1 SAMHANDLINGSREFORMEN	17
3.2 <i>Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere</i>	18
3.3 MORGENDAGENS OMSORG	18
3.4 UTVIKLING GJENNOM KUNNSKAP	19
3.5 LOVER OG RETNINGSLINJER	21
3.5.1 <i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	21
3.5.2 <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i>	21
3.5.3 <i>Helsepersonelloven</i>	22
3.6 SYKEPLEIE I SYKEHJEM	22
3.7 SYKEPLEIEFAGLIGE UTFORDRINGER PÅ SYKEHJEM	23
3.8 DEN KOMPETENTE SYKEPLEIEREN	24
3.9 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	25
4. PRESENTASJON AV TEORETIKERE	26
4.1 MARIT KIRKEVOLD	26
4.2 PATRICIA BENNER	26
4.3 KARI MARTINSEN	27
4.4 PER FUGELLI	27
5. DRØFTING	29
5.1 HVORDAN ØKE REKRUTTERINGEN AV SYKEPLEIERE TIL SYKEHJEM?	29

5.1.1 Sykepleierens ansvar	32
5.1.2 Fra behandlingsklar til utskrivningsklar	34
5.2 HVORDAN KAN SYKEHJEM DRIVE MED KOMPETANSEUTVIKLING?	36
5.2.1 Hvordan kan lederen bidra med fagutvikling?	37
5.2.2 Hvilke krav stilles det til sykepleieren?	38
5.4 INNOVASJONSBASERT SYKEPLEIE	40
6. KONKLUSJON	42
7. LITTERATURLISTE	45
8. VEDLEGG	50
8.1 PICO SKJEMA	50
8.2 SAMTYKKKEERKLÆRINGER	51

1. Innledning

Vi er to sykepleierstudenter som nå har skrevet vår avsluttende oppgave i studiet som er bacheloroppgaven. Hovedfokuset for vår oppgave er rekruttering og styrket fagmiljø av sykepleiere på sykehjem. Slik det fremstår i dag er det lite attraktivt for sykepleiere å arbeide på sykehjem, mange føler de ikke får brukt den kompetansen de har tilegnet seg.

Avgangsundersøkelsen av sykepleierstudenter utført av NSF student (2014) viser at kun syv prosent av sykepleierstudenter vil velge sykehjem som sin fremtidige arbeidsplass. Ut fra disse tallene kan det synes at kommunene ikke har gjort nok for å rekruttere sykepleiere inn i sykehjem. En sykepleier sier hun heller foretrekker å pendle til sykehuset førti minutter unna, enn å jobbe på sykehjemmet i parallellgaten, fordi hun ønsker et styrket fagmiljø i ryggen. På sykehjemmet vil hun risikere å stå alene med pasientansvaret. Hun sier også at mangelen på et skikkelig fagmiljø har bidratt til at sykepleiere kan se på sykehjem som lavstatusarbeid (Sandvik, 2014).

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Gjennom egne erfaringer fra yrkeslivet og praksis, samt i sykepleierutdanningen, har vi sett hvordan sykehjemmet er organisert og hvordan det fungerer i praksis. Vi er opptatt av at fagmiljøet på sykehjemmet skal styrkes, som vi tenker vil bidra til at flere ønsker å arbeide der. Bakgrunnen vår ved å velge dette temaet var å finne ut av hva slags tiltak som må igangsettes for rekruttering og kompetanseheving blant sykepleiere i sykehjem. Vi har gjennom utdannelsen sett på hva slags krav samhandlingsreformen har til den fremtidige driften av kommunehelsetjenesten, og på bakgrunn av dette forstått at det vil bli et økende behov for medisinsk behandling av pasienter i kommunene. For å imøtekomme disse kravene er det essensielt at rekruttering og kompetanseheving av sykepleiere til sykehjem bør være et stort fokusområde i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

1.1.1 Begrunnelse av pasientperspektivet

Fokuset i oppgaven vil som vi nevner i avgrensingen, være fra et sykepleieperspektiv, men vi velger allikevel å nevne hvordan rekruttering og kompetanseutvikling kan gagne pasientene.

Det er slik at lav kompetanse assosieres med dårlig kvalitet på pleien av pasientene (Hansson & Arentz, 2010). Samhandlingsreformen stiller høyere krav til rekruttering og fagutvikling, mye på grunn av at mange pasienter som skal videre til kommunehelsetjenesten ikke er ferdig behandlet ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er derfor nødvendig at sykepleiere besitter den kunnskapen som trengs for å gi god sykepleie til sykehjemspasienter. Samtidig viser forskning at kompetanse og kvalitet henger sammen (Hansson & Arentz, 2010). Vi forstår det slik at økt rekruttering og kompetanseutvikling vil bidra til at pasientene får sykepleie av god kvalitet der de er og når det behøves.

1.1.2 Begrunnelse fra sykepleieperspektivet

En av årsakene til at sykepleiere velger bort sykehjem som arbeidsplass kan være mangelen på et aktivt fagmiljø (Bergland, Vibe og Martinussen, 2010). Fra et sykepleieperspektiv tenker vi at opprettelse av et styrket fagmiljø kan bidra til at arbeidsdagen lettere vil bli preget av godt samarbeid og gode refleksjoner. Ved at sykepleiebemanningen blir styrket vil det i tillegg bli større muligheter for mer avansert behandling av de eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Dette tror vi vil bidra til at sykepleieren får brukt mer av sin kompetanse, og vil få større utfordringer i arbeidshverdagen.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut om ulike tiltak som kan iverksettes, for å imøtekomme samhandlingsreformens krav om rekruttering og kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I tillegg ønsker vi å belyse faktorer som kan bidra til at sykepleiere velger sykehjem som sin fremtidige arbeidsplass.

1.3 Problemstilling

Hvordan imøtekomme samhandlingsreformens krav om rekruttering og kompetanseutvikling, slik at sykehjem blir en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere?

1.4 Avgrensing av oppgaven

Vi forstår at samhandlingsreformen handler om endringer på mange områder, men vi velger å avgrense oppgaven til å omhandle rekruttering og kompetanseheving blant sykepleiere på sykehjem. Vi ser bort fra de andre faggruppene som samhandlingsreformen berører. Vi velger å se bort fra de økonomiske aspektene dette vil medføre, men heller se nærmere på hvordan den optimale arbeidshverdagen vil være for en sykepleier på sykehjem. Vi kommer ikke til å fokusere mye på ledelse og organisering, men nevne det der det er relevant for sykepleiere og kompetanseutvikling. Vi nevner også LEON prinsippet, men går ikke så dypt inn i hvordan det henger sammen. Videre har vi på bakgrunn fra samtaler med lokale nøkkelpersoner anvendt Hedmark fylke som mal for flere av tiltakene vi konkluderer med underveis i oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygning

Den videre oppbyggingen av oppgaven er metodedelen, hvor vi går nærmere inn på litteratur som er benyttet. Vi har brukt både selvvalgt litteratur og pensumlitteratur samt skrevet en kvalitetsvurdering av disse. Deretter forklarer vi hvordan vi kom frem til de aktuelle forskningsartiklene vi har valgt å bruke, og en presentasjon av disse. Videre følger teoridelen som inneholder relevante opplysninger som vil hjelpe oss å finne svar på problemstillingen. Aktuelle temaer i teoridelen er Stortingsmeldingene; Samhandlingsreformen, Morgendagens omsorg, samt Helsedirektoratets; Utvikling gjennom kunnskap. Vi gjør rede for sykepleiefaglige utfordringer på sykehjem, kunnskapsbasert praksis og hva som kjennetegner den kompetente sykepleieren, samt om pleiekulturen i sykehjemmet. Vi skriver i tillegg om de lover og retningslinjer som vi mener berører vår oppgave. Videre kommer en presentasjon av de teoretikerne vi har benyttet oss av. Drøftingsdelen har vi valgt å dele opp i flere deler. Her drøfter vi temaer som rekruttering, kompetanseheving og ledelse, samt hvilke krav det stilles til sykepleieren. Oppgaven avsluttes med en konklusjon, hvor vi skriver om ulike tiltak vi har kommet frem til utfra funn i forskning og litteratur, for å gi svar på vår problemstilling.

1.6 Begrepsavklaring

Her vil vi forklare hva vi legger i de begrepene vi har brukt i problemstillingen.

1.6.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 2012. Denne reformen legger en føring for fremtidige tjenester pasientene har rett på av kommunene. Mer ansvar blir flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og pasientene skal få tjenester nærmere hjemmet. Kommunene skal få midler til å styrke fagmiljøet, slik at kravene samhandlingsreformen stiller kan imøtekommes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

1.6.2 Kompetanse

Ordet kompetanse handler om å inneha flere spektre av kunnskap. Sykepleiefaget innebærer å møte komplekse situasjoner, med dette kreves det at sykepleieren må spille på flere strenger. Sykepleierkompetanse er derfor et sammensatt begrep, som inneholder kunnskap, men også ferdigheter, personlige egenskaper, holdninger og moral. Med dette menes at kompetanse er et handlingsverktøy som en anvender ved å flette alle disse elementene sammen. Alle elementene er like viktige og danner til sammen en helhet som kalles kompetanse (Krogstad & Foss, 1997).

1.6.3 Attraktiv arbeidsplass

Det vi legger i begrepet er endringer som skal til for at sykepleiere skal ønske å jobbe på sykehjem, samt endringer som vil bidra til et styrket fagmiljø.

2. Metode

En metode er en veiledning på hvordan vi bør gå frem for å innhente og vurdere kunnskap. Metoden kan også defineres som en fremgangsmåte og et hjelpemiddel til å løse problemer og gi oss tilgang på ny kunnskap (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven baserer seg på et litteraturstudie, som er et krav i følge retningslinjer for bachelor ved Høgskolen i Hedmark.

En forutsetning for å lage en god oppgave er å bruke litteratur som er kvalitetsvurdert og pålitelig. En viktig del av oppgaveskrivingen er å belyse for leseren hvilken litteratur og krav til litteratur som er brukt. Dette er med på å skape en troverdighet hos leseren (Dalland, 2012).

Oppgaven vår er basert på pensumlitteratur og over 400 sider selvvalgt litteratur som er merket med stjerne i litteraturlisten. Vi har i tillegg valgt å bruke en fagartikkel, to nyhetsartikler og to statistikker i vår oppgave. Grunnlaget for dette er at vi mener disse har en klar overføringsverdi til å besvare vår problemstilling. Vi har også lånt bøker på høgskolebiblioteket. Disse bøkene var *"Vitenskap for praksis"*, *"From novice to expert"*, *"Sykepleieteorier"*, *"Det handler om å snu seg"*, *"Omsorg, sykepleie og medisin"* og *"Nokpunktet"*. Vi fikk i tillegg låne bøkene *"Kunnskapshåndtering- I medisin og helsefag"* og *"Jobb kunnskapsbasert- En arbeidsbok"* av en lærer ved høgskolen. Utover dette har vi brukt Stortingsmeldinger fra Helse- og omsorgsdepartementet til å kvalitetssikre viktige momenter i oppgaven. Forskingen som er brukt i oppgaven består av to norske og tre engelske artikler.

2.1.1 Primær og sekundær litteratur

Vi har brukt både primær- og sekundærlitteratur i vår besvarelse. Primærlitteratur er litteratur som ikke har blitt publisert tidligere. Pensumlitteratur er ofte presentert som en sekundærlitteratur. Dette betyr at det som er skrevet er tidligere skrevet av en annen. Sekundærlitteratur sies å ha blitt kvalitetssikret av andre, og man skal være kritisk til bruk av

dette, da en ny forfatters tolkninger kan fremheve seg på en annen måte enn hva primærkilden hadde til hensikt (Dalland, 2012).

2.3 Kvantitativ og kvalitativ metode

En kvantitativ metode viser informasjon, som kan la seg beregne i form av tall og statistikker. En kvalitativ metode handler mer om subjektive meninger og opplevelser. Denne metoden vil da ikke kunne måles slik en kvantitativ metode kan. Disse metodene vil bidra til at vi oppnår bedre innsikt i samfunnet og menneskene rundt oss (Dalland, 2012). Vi har benyttet oss av både kvantitative og kvalitative metoder i vår oppgave i form av statistikker og meninger fra ulike teoretikere.

2.4 Kvalitetsvurdering av litteratur

Kildekritikk er en fremgangsmåte for å finne ut om en kilde er reliabel eller ikke (Dalland, 2012). Vi vil her gå nærmere inn på hvorfor vi har valgt den litteraturen vi har tatt med i oppgaven.

Fagartikkelen *”Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som sin fremtidige arbeidsplass”* fant vi på Sykepleien.no. Vi har valgt å bruke denne artikkelen aktivt i drøftingsdelen på bakgrunn av overføringsverdien. Nyhetsartikkelen *”Svikter sykehjemmene”* handler om avgangsundersøkelsen som er gjort av NSF student, og at det kun er et fåtall av nyutdannede sykepleiere som ønsker å arbeide på sykehjem etter endt utdanning. Den andre nyhetsartikkelen vi har valgt å ta med er *”Nyutdannet- Tør ikke jobbe på sykehjem”*. Denne omhandler blant annet en sykepleier som heller velger å jobbe på sykehus grunnet manglende fagmiljø på sykehjemmet. Vi har brukt *”Avgangsundersøkelse NSF 2014”* aktivt i oppgaven, fordi vi mener den er relevant i forhold til vår problemstilling. Utfra denne avgangsundersøkelsen fant vi i tillegg ut hvor stor stillingsprosent flesteparten av sykepleierstudentene ønsket. Dette for å finne ut av om det var en sammenheng mellom ufrivillig deltid og rekruttering. Vi fikk et tips av læreren vår om å kontakte Gro Bentsen som er forsknings- og utviklingsleder for utviklingssenter for sykehjem i Hedmark. Vi kontaktet henne og hadde en samtale i forhold til vår oppgave, og fikk et hefte om aktiviteter de prioriterer på utviklingssentrene. Viktige momenter fra denne samtalen og heftet har vi valgt å ta med i drøftingsdelen. Vi har hatt en samtale med Mary Kordahl som er enhetsleder ved et

sykehjem i Kongsvinger kommune. Hensikten med denne samtalen var å finne ut mer om hvordan lederne legger opp til fagutvikling blant sykepleiere. Vi har i tillegg snakket med Berit Sjøli Nilsen som er prosjektleder for kompetanseprosjektet i Kongsvinger kommune. På bakgrunn av disse samtalene har vi utarbeidet samtykkeerklæringsskjemaer som vi legger som vedlegg i oppgaven. For å belyse viktige poeng har vi også brukt Per Fugelli og hans foredrag å ”*Danne mot*”.

Vi har kun valgt å bruke forskningsartikler som er nyere enn seks år. For å kvalitetsvurdere forskningen vi har kommet frem til har vi gått ut fra IMRaD metoden. Dette går ut på at forskningsartikkelen skal inneholde en innledning, metode, resultat, analyse og diskusjon (Dalland, 2012). Det videre grunnlaget for å velge de artiklene vi gjorde var om den var reliabel i forhold til vår problemstilling. Vi har sett etter om de er av oppsummert forskning eller enkeltstudier. Flere av artiklene vi har brukt er enkeltstudier, men på bakgrunn av overføringsverdi til vår oppgave har vi valgt å bruke dem. Til de forskningsartiklene som er enkeltstudier har vi brukt sjekklister for å kvalitetsvurdere validiteten. De sjekklistene vi har brukt fant vi på kunnskapsbasertpraksis.no.

2.5 Søkeprosessen

For å finne relevante forskningsartikler for vårt tema valgte vi å bruke pico skjema som hjelpemiddel.

Forskningsartikkel nummer 1:

Vi ville finne forskning som kunne belyse om ledelsen hadde en innvirkning på kvaliteten på pleien i sykehjemmene, for å komme frem til vår artikkel ”Quality of care and long-term care administrators education: Does it make a difference?” gikk vi inn på databasen medline. Her fant vi aktuelle mesh termer. De mesh termene som ble brukt i søket var Nursing home, Quality of health care, Quality improvement og Long-term care. Ved å gjøre et sammenlagt søk på disse søkeordene fikk vi 691 treff. Ved å bla gjennom disse treffene fant vi vår aktuelle artikkel.

Forskningsartikkel nummer 2 og 3.

Vi valgte å søke etter forskningsartikler på sykepleien.no; Grunnlaget for dette var å finne gode artikler som kunne fortelle oss noe om resultater av samhandlingsreformen. De søkeordene som ble brukt var: Reformeffekt og sykepleie. Da fikk vi et treff; Artikkelen ”Redusert liggetid blant de eldste”. I referanselisten til denne artikkelen fant vi en annen artikkel som var skrevet av de samme og valgte å søke etter denne artikkelen på sykepleien.no. Da søkte vi direkte på navnet på artikkelen som er ”Organisert for samhandling”.

Forskningsartikkel nummer 4.

Vi søkte på søkeordene kompetanse og fremtiden i sykepleien.no sin forskningsdatabase. Fikk ingen treff på aktuelle søkeord, men fant en artikkel blant treffene som var oppsummert forskning. Artikkelen het ”Måling av kompetanse i sykepleie til gamle”. Vi fant denne artikkelen interessant for vår problemstilling og valgte å kikke nærmere på denne. Artikkelen hadde ikke det innholdet vi lette etter, men vi bet oss merke i artikkelen ”Competence in advanced older people nursing: Developement of Nursing older people – Competence evaluation tool” som var brukt i referanselisten. Vi gikk inn på google scholar via høgskolen sitt nettverk, kopierte tittelen på artikkelen der og fikk ett treff; Den aktuelle artikkelen vi så i referanselisten til den oppsummerte forskningsartikkelen. Vi klikket på treffet vi fikk og kom deretter inn på Wiley online Library. Artikkelen vi fant var publisert i International journal of Older people Nursing og var publisert i 2014. Vi syntes også det var interessant at artikkelen var såpass ny.

Forskningsartikkel nummer 5.

Vi gikk inn på bibliotekjenesten og bestemte oss for å søke i Cochrane Reviews fordi den inneholder systematiske oversikter som allerede er kvalitetsvurdert. Der anvendte vi søkeordene med mesh-termene Nurses, Workplace, Competence. Fikk 11 treff på aktuelle søkeord. Vi valgte den første artikkelen på listen: ”The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality: a prospective, controlled intervention study, fordi vi syntes den virket interessant i forhold til vår problemstilling. Artikkelen var publisert i 2009 i international journal of Nursing Studies.

2.6 Presentasjon av forskningsartikler

2.6.1 Quality of care and long-term care administrators`education: Does it make a difference?

Forskningen går ut på hvordan ledelsen sin utdannelse kan ha innvirkning på kvaliteten på sykehjemmet. Opplysningene er hentet fra 3941 ledere innen helse og omsorgssektoren hvor de har sammenlignet ulike sykehjem. Metoden de har brukt er mål av fem ulike kvalitetsvurderinger som: Kateterbruk, høyrisiko pasienter med trykksår, lavrisiko pasienter med trykksår, utilstrekkelig smertelindring og beherskelse av disse ulike behandlingene. (Castle, Furnier, Ferguson-Rome, Olson & Johs-Artisensi, 2015).

2.6.2 Redusert liggetid blant de eldste

I forskningen blir det konkludert med at det har blitt redusert antall liggedøgn på sykehus. Dette er ikke på bakgrunn av økt sykepleiekompetanse eller sykepleiedekning i kommunen, men et direkte resultat av samhandlingsreformen. I denne artikkelen har de sett nærmere på hvordan de kan imøtekomme samhandlingsreformens krav og arbeide mer behandlingsrettet i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder spesielt for de eldre, som trenger mer oppfølging og rehabilitering. Det ble innført at kommunene skal betale en viss sum for alle utskrivningsklare pasienter. Dette er ment som et stimulerings tiltak slik at kommunene kan raskere få opparbeidet en plan for å ta i mot utskrivningsklare pasienter som trenger ytterligere behandling i kommunehelsetjenesten (Hermansen & Grødem, 2015).

2.6.3 Organisert for samhandling?

Forskningen tar for seg at bruken av korttidsplasser har vært med på å redusere liggetiden på sykehus for pasienter over 80 år. Resultatet av denne forskningen viser at kommuner som har tilbud om korttidsplasser, reduserer liggetiden på sykehuset for pasienter over 80 år. Artikkelen er basert på data fra 2010-2011. Med de kravene som kom etter samhandlingsreformen, er det grunn til å tro at de kommunene som legger vekt på korttidsavdelinger bør fortsette med dette. Pasienter som blir skrevet ut fra sykehuset blir ikke lenger kalt "behandlingsklare", de blir kalt "utskrivningsklare" og dette forutsetter at

kommunene har tilstrekkelig med kompetanse og dekning blant sykepleiere (Hermansen & Grødem, 2013).

2.6.4 The impact of educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care

For dårlig kompetanse blant sykepleiere blir assosiert med lav kvalitet på pleien til eldre i sykehjem. Det er i tillegg slik at eldreomsorgen er preget av mangelen på faglige utviklingsmuligheter, som igjen fører til dårligere kvalitet på pleien. Pedagogiske intervensjonsmetoder i form av en ”verktøykasse” har imidlertid vist seg å bedre både kompetansenivået til sykepleierne og arbeidstilfredsheten. Det var derfor av interesse å finne ut av hvordan sykepleierne selv vurderte deres kvalitet på sykepleien etter bruk av denne ”verktøykassen”. Resultatene viste at kvaliteten på sykepleien forbedret seg betraktelig over tid (Hansson & Arentz, 2009).

2.6.5 Competence in advanced older people nursing: developement of ‘Nursing older people – Competence evaluation tool

Et ekspertutvalg har konkludert med hva sykepleieren trenger av kompetanse på ulike områder ved arbeid i kommunehelsetjenesten. Studien er basert på dagens omsorgsbehov og funnene tilsier at kompetanseutvikling i eldreomsorgen må til, fordi den eldre pasienten kan ofte ha en kompleks sykdomstilstand og har behov for avansert sykepleie. Kompetansenivået til sykepleiere bør også tas med i betraktning ved ansettelse (Bing-Jonsson, Bjørk, Hofoss, Kirkevold & Foss, 2014)

3. Teoridel

3.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har gitt kommunene en helt ny rolle når det kommer til helsetjenester, fordi det er en stor forventet vekst i landet, og med dette må helsetjenestene hovedsakelig finnes lokalt. Dette fordi kommunene har en fordel med at de har en nærhet til befolkningen som spesialisthelsetjenesten ikke har. I noen tilfeller kan det være gunstig for pasientene om de får et godt helsetilbud som ligger nær hjemmet. Overflytting til sykehus kan i mange tilfeller være en belastning for pasientene. Det vil være gunstig om enkle medisinske tilstander kan behandles lokalt fordi dette vil bidra til å redusere pågangen til sykehusene. Det er et mål og ønske fra Stortinget at kommunene skal bli mer helhetlig i sin tankegang. Med dette menes at kommunene skal være mer opptatt av forebygging, slik at en endring i pasientenes helsetilstand oppdages tidlig, samt drive med behandling og oppfølging. På denne måten vil enkelte oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det skal settes fokus på fagutvikling, kvalitet og kompetanse, samt utdanning og forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Utfordringene har vært at kommunene har hatt vansker med å rekruttere og holde på fagpersonell fordi grunnlaget til å drive med fagutvikling samt danne miljøer basert på dette, har vært mangelfullt. Små kommuner har ikke hatt kapasitet og ressurser til å tilby personell fag- og utviklingsmuligheter. Nyutdannet helsepersonell har hovedsakelig begynt i spesialisthelsetjenesten fordi kommunene ikke har hatt gode nok avtaler med høyskolene om praksisplasser. Fordelingen av helsepersonellens kompetanse bør i større grad skje til kommunehelsetjenesten og ikke kun til sykehusene. Det nevnes at høyskoleutdanningen er for mye sentrert inn mot spesialisthelsetjenesten. Det bør derfor legges til rette slik at nyutdannet helsepersonell blir styrt mer inn mot arbeid i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Utdanningsinstitusjonenes rammeplaner og fagplaner bør ha stadige oppdateringer og justeringer. Dette for å stå rustet til å utdanne sykepleiere til å ha det sykepleieperspektivet som trengs i behandling og forebygging av pasienter i årene fremover (Henriksen, 2012). Det er slik at behovet for helsepersonell vil øke med hundre tusen årsverk frem mot 2030. Det sier

seg selv at ressursene må benyttes på en annen måte enn i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

3.2 Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere

Det herskes tvil om utdanningen av sykepleiere har tatt høyde for utfordringene kommunene står ovenfor. Det overordnede målet vil være at sykepleierne bør arbeide mer helsefremmende i kommunesektoren for å hindre sykdom og skade. Et vesentlig arbeid vil da være å utdanne sykepleiere til å ha et folkehelseperspektiv i praksis. Pasientene i kommunehelsetjenesten vil ha mer sammensatte og krevende sykdommer og når pasientene blir skrevet ut fra sykehuset er de ikke behandlingsklare, de er utskrivningsklare. Dette betyr at de må få et videre tilbud når de kommer ut i kommunehelsetjenesten. Omorganiseringen som et resultat av samhandlingsreformen er bare så vidt i gang, og det er viktig i forbindelse med dette at sykepleiernes ansvars og arbeidsoppgaver blir videreutviklet i tråd med de endringene som blir gjort. For å møte kravene til samhandlingsreformen vil kompetanseutvikling og rekruttering til kommunehelsetjenesten være et stort fokusområde (Henriksen, 2012).

3.3 Morgendagens omsorg

Den kraftige veksten i antall eldre i landet, vil som nevnt tidligere kreve en omstilling og utvikling i dagens eldreomsorg. Når det nå er slik at vi lever lengere og har helt andre ressurser enn foregående generasjoner, bør det skapes rom for nyskapning og innovasjon i kommunehelsetjenesten som sykehjemmene er en stor del av. Her belyses innovasjonsbegrepet, og med dette menes at det er tid for forandring og nytenkning. En kultur må vokse frem slik at man kan arbeide og forholde seg til oppgaver på en vågal måte, jobbe eksperimentelt og utvide sitt perspektiv til å se flere løsninger på et problem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

For å møte disse ovennevnte utfordringene, kreves det følgelig bredere og høyere kompetanse. Dette støtter oppunder Kompetanseløftet 2015, som sier at kunnskapsnivået skal økes i helse- og omsorgssektoren gjennom en rekke tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Spesielt vil man fortsette med å jobbe for å heve fagnivået ved å ansette en større andel høgskoleutdannet personell, derav sykepleiere fordi omstillingen krever helt nye tilnærminger

og arbeidsmåter. Fokuset skal flyttes over på områder som rehabilitering, forebyggende tiltak og palliasjon. I tillegg vil man være opptatt av velferdsteknologi og veiledning av både pårørende og frivillige. Kompetanseheving skal også skje gjennom opprettelser av en felles plattform mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten hvor det skapes rom for meningsutvekslinger og deling av kunnskap. Spesialisthelsetjenesten skal i tillegg fungere som en veileder for de ansatte i kommunene. Man ser fra tidligere studier av blant annet sykehjem, at de kommer til kort når det gjelder forebyggende tiltak, rehabilitering, medisinsk oppfølging og aktivisering. I tillegg kan man si at bemanningen av helsepersonell er for lav (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Allerede i 2005 kom det frem fra regjeringen at de vil kreve høyere kvalitet i kommunehelsetjenesten. Det viste seg at muligheter for hospitering og videreutdanninger er et godt virkemiddel for å videreutvikle sin kompetanse, samt skape stabilitet og motivasjon for videre arbeid. Muligheten for en videreutdanning kan være et utgangspunkt for rekruttering til kommunehelsetjenesten. Det videre arbeidet vil gå på å anskaffe mer kunnskap om hvordan man kan få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Utfra en casestudie som ble utarbeidet fant de ut at arbeidsmiljøet hadde stor innvirkning på fagutviklingen på arbeidsplassen. Det kom frem at det sykehjemmet som jobbet mest med fagutvikling hadde mer forståelse fra de ansatte og mindre sykefravær og økt trivsel. Bedre kvalitet på tjenestene vil ha en positiv effekt på miljøet (Ytrehus & Nuland, 2007).

Rekrutteringsarbeidet av sykepleiere til kommunene er en prosess som vil ta flere år. Om ti år vil det oppstå en hurtig kapasitetsvekst, og det vil da være essensielt at en grunnleggende fagkompetanse er på plass. Derfor bør de neste tiårene brukes til å styrke og bygge opp en kompetansebase som er rustet til å møte en kommunalhelsetjeneste i sterk vekst (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

3.4 Utvikling gjennom kunnskap

På bakgrunn av Stortingets arbeid jobber også Helsedirektoratet, via utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, med å styrke kvaliteten og kompetansen i pleie- og omsorgstjenestene. De har utarbeidet en strategiplan for hvordan man på best mulig måte kan møte fremtidens krav og utfordringer i kommunehelsetjenesten. Resultatet av samhandlingsreformen vil være kortere liggetid i sykehus, derfor vil brukere som føres tilbake

til kommunene ha langt mer komplekse tilstander, og større behov for medisinskfaglig hjelp (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet har opprettet et utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i hvert fylke i landet. Vertskommunene har søkt og mottar statlige midler til å ta på seg ansvaret med å kvalitetsforbedre pleie- og omsorgssektoren og spre sin kunnskap til hele fylket. Dette tilsier at de skal jobbe forsknings- og kunnskapsbasert, samt sørge for at kvaliteten på arbeidet er i tråd med aktuelle føringer. Det å arbeide kunnskapsbasert vil si at man tar beslutninger i arbeidet som er basert på forskning, erfaring og brukerønsker. Alle avgjørelser en tar skal være faglig forankret. For å arbeide på denne måten vil kompetanseutvikling, utdanning og forskning være sentrale nøkkelbegreper å ha i bakhodet. Ledelsen vil forøvrig inneha ansvaret for at den nyeste kunnskapen blir gjort tilgjengelig for de ansatte. Det vil i løpet av 2015 foreligge en evaluering av dette prosjektet (Helsedirektoratet, 2010).

I Hedmark fylke består USHT av tre sykehjem, Moen sykehjem, samt Stange og Ottestad Helse- og omsorgssenter. I tillegg er Høgskolen i Hedmark involvert, noe som gir muligheter for aktiviteter og prosjekter på flere plan. Senteret jobber etter rammene til Helsedirektoratet, og deres mål er å spre sin kunnskap og øke kvaliteten ved sykehjem i hele fylket. De fire instansene fokuserer følgelig på hvert sitt fagområde, som pasientsikkerhet, lindrende behandling, demensomsorg og rehabilitering. Høgskolen sikter seg inn på velferdskommunikasjon, dokumentasjon, folkehelse og studentpraksis. USHT driver fagutvikling på flere ulike måter. Det har blitt ansatt en fagutviklingssykepleier som blant annet jobber for å implementere forskning og prosedyrer på arbeidsplassen. I tillegg jobber ressursgrupper med å spre fagkunnskapen rundt i fylket og rapporterer dette videre til Helsedirektoratet. Ansatte får kursing og utdanning som sikrer at pasienten får individuell oppfølging. Et prosjekt som er planlagt etablert, er kursing av sykepleiere i klinisk vurdering med det formålet å utvikle deres kompetanse i møte med akutte forverringer i pasientens tilstand (Bentsen, 2015).

Berit Sjøli Nilsen, prosjektleder for kompetanseprosjektet i Glåmdalsregionen sier at det har blitt opprettet et kompetansenettverk i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette nettverket inkluderer representanter fra ulike enheter i de forskjellige kommunene.

Sykepleiere og helsefagarbeidere møtes med jevne mellomrom for faglig påfyll og utveksling av erfaringer. Det er for tiden nettverksgrupper innen palliasjon, diabetes, kols, rehabilitering, nevrologiske skader og sykdommer samt demens. Innenfor dette nettverket blir det i tillegg avholdt minst 1-2 fagdager i året for både sykepleiere og helsefagarbeidere. Det blir også gitt tilbud om videreutdanning. For sykepleiere er det nå ferdigstilt en videreutdanning i kols og det jobbes med å få tilsvarende innen diabetes. Dette er et samarbeid som er opprettet mellom Høgskolen i Hedmark og kompetansenettverket i Glåmdalsregionen (personlig kommunikasjon, 19. Mai 2015).

3.5 Lover og retningslinjer

Her vil vi skrive litt om de lover og retningslinjer som vi mener berører vår oppgave.

3.5.1 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene (YER) er en mal som beskriver hvordan sykepleiere skal utføre gode og praktiske handlinger i deres yrke. YER er en viktig pekepinn for refleksjon og faglig argumentasjon. De vil veilede oss i å gjøre gode handlinger i praksis (Sneltvedt, 2012). Det er flere av punktene i YER som vi mener er relevant for vår oppgave, og vi velger å gå nærmere inn på noen. Punkt 1.1, 1.3, 1.4 og 1.5 går ut på at sykepleiere har et ansvar å holde seg faglig og etisk oppdatert på forskning og utvikling. Det nevnes blant disse at lederen av organisasjonen har en plikt i å imøtekomme rom for fagutvikling og refleksjon (NSF, 2011).

3.5.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (2003) har som hensikt å få dekket pasientens grunnleggende behov. De har krav på behandling til rett tid, og samtidig føle trygghet i det tjenestetilbudet de får. Det er pasientens rett å få nødvendig hjelp og omsorg tilrettelagt ut i fra den enkelte pasients tilstand. Denne forskriften støtter det Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sier i § 1-1 som omhandler at alle pasienter skal ha tilgang på tjenester av god kvalitet. I tillegg til dette presiserer § 2-1a at alle pasienter har rett på den nødvendige helsehjelpen de trenger av kommunen.

3.5.3 Helsepersonelloven

Vi velger her å trekke frem to paragrafer vi mener er viktig for vår oppgave. § 4 i Helsepersonelloven (1999) forteller at arbeidet skal være faglig forsvarlig og hjelpen skal holdes innenfor helsepersonellens kompetanseområde. Videre i § 16 i Helsepersonelloven (1999) står det skrevet at ”Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”. Vi forstår det slik at ledelsen i institusjonen har ansvaret for å legge til rette for at ansatte skal holde seg faglig oppdatert.

3.6 Sykepleie i sykehjem

Det som kalles sykehjem i dag har hatt ulike betegnelser gjennom årene. Det startet med aldershjem, senere bo og behandlingssenter og til dagens benevnelse, sykehjem. De første norske institusjonene som ble bygget etter 1850 ble beregnet kun for eldre. Tanken var at disse skulle få et sted å bo der de kunne få en fredfull og harmonisk tid i alderdommen. Disse institusjonene ble fort preget av ufaglærte, og ble sett på som en oppbevaringsplass for eldre. Etter hvert ble formålet med sykehjem at det skulle gis aktiv behandling til de eldre. Det ble etter dette innført krav om en større andel faglærte, disse faggruppene besto av sykepleiere, fysioterapeuter og leger. Rekrutteringen av denne typen personell viste seg å være vanskelig ettersom spesialisthelsetjenesten ble bygget ut på samme tid. Som et forsøk på å finne en løsning på dette problemet, ble sykehjemmene lagt under fylkeskommunen, og det oppsto store forventninger til driften etter dette. Sykehjemmene ble utformet mer som en sykehusavdeling, med lange korridorer og mange rom. Noen år etter dette kunne man se at sykehjemmene igjen var i ferd med å bli til en oppbevaringsplass for skrøpelige eldre (Hauge, 2010).

I 1990 årene ble det bestemt at sykehjemmene skulle bestå av flere sider, de skulle drive med behandling og pleie. Det skulle være et hjem for pasientene, med dette var det i tillegg ment at pasientene skulle ha rett til enerom. Sykehjemmet er i dag preget av pasienter med alvorlige og komplekse diagnoser. De fleste er multisyke det vil si at de har flere enn en alvorlig sykdom. Målsettingen til sykehjemmene vil være å ha god kvalitet på pleien, og kunne gi pasientene den behandlingen de trenger. Samtidig skal det være et sted de trives og kan føle seg som hjemme. Det man kan se med sykehjem i dag, er at det har blitt opprettet et annet

tilbud som går på midlertidige avdelinger. Dette er avdelinger hvor pasientene kan være for en kortere periode, ofte rundt to uker. Her blir det tilrettelagt for enten rehabilitering, utredning eller observasjon av pasientene. Flere kommuner er i dag i gang med å utarbeide løsninger for å kunne gi de eldre et mer avansert tjenestetilbud i kommunene. Tanken er at sykehjemmene skal fungere som et tjenestetilbud på tvers av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er Trondheim kommune som har utarbeidet planer om utforming av helsehus. Her er det tenkt at pasientene skal få den nødvendige behandlingen de trenger på ett sted. Dette innebærer rehabilitering og en mer avansert medisinsk behandling (Hauge, 2010).

3.7 Sykepleiefaglige utfordringer på sykehjem

En sykepleier skal behandle pasienten på den måten at pasientens grunnleggende behov blir dekket i størst mulig grad. På et sykehjem hvor de fleste av beboerne har et sammensatt sykdomsbilde, vil dette medbringe en rekke sykepleiefaglige utfordringer. Det er mange ulike mål som skal nås samtidig og svært mange pasienter har redusert evne til å ivareta egne behov. Det er andre yrkesgrupper som inkluderes i sykehjemmet, og sykepleieren har en nøkkelrolle i dette tverrfaglige samarbeidet. Sykepleieren på sykehjemmet har i tillegg en ledelsesfunksjon, og vil inneha ansvaret for fagutvikling og organisering av oppgavene på avdelingen. En forutsetning er at de yrkesgruppene som arbeider på sykehjemmet blir brukt der det er riktig i forhold til deres kunnskap og kompetanse. Det vil da være viktig med en god organisering slik at disse arbeidsoppgavene blir fordelt til fordel for pasienten (Hauge, 2010).

Vi kan se at noen av utfordringene på sykehjemmene kan være pleiekulturen. Pleiekulturen påvirkes av det lederskap som utarbeides på arbeidsplassen, gjennom hvordan arbeidsoppgavene er organisert. Hovedmajoriteten av yrkesgruppene på avdelingen er hjelpepleiere og sykepleiere, det er mellom disse to yrkesgruppene det kan foreligge en kulturforskjell. De ulike gruppene lager ofte et revir rundt sin egen profesjon som vil danne subkulturer. Dette kan være et resultat av dårlig ledelse og organisering. Et viktig arbeid i denne sammenheng er å gi nok informasjon. Denne problemstillingen kommer ofte av uvitenhet om hva slags andre arbeidsoppgaver sykepleieren har. Mye av dette kunne vært unngått ved god organisering og arbeidsfordeling mellom de ulike rollene (Jakobsen, 2005).

Mange av arbeidsoppgavene på en sykehjemsavdeling er ”låst” i gamle vaner og rutiner, og når det allerede er skapt en kultur på en arbeidsplass, vil det være vanskelig å endre denne. Dette er en tidkrevende prosess og det kreves samarbeid fra flere. I begynnelsen vil bare det å komme med små sanksjoner bli nedprioritert, for det er ikke kultur for de endringene på avdelingen. Selv om disse sanksjonene var faglig korrekte, bryter det med avdelingens forutsigbarhet og det vil ofte kunne oppleves som en trussel selv om det er en relevant endring med faglig forankring. For å få til en endring i denne kulturen som oppstår, er det viktig å innse at vi alle arbeider mot et felles mål, som er arbeidsfellesskapet. Man har ulike arbeidsoppgaver å innrette seg etter, men til syvende og sist er det omsorgsansvaret for pasientene man samarbeider om. Det optimale vil være å fjerne begrepet arbeidsfordeling og heller henvende seg til ansvarsområder. Ved at de ulike yrkesgruppene er mer klar over hvilke ansvarsområder de har, vil det være lettere å legge opp arbeidsdagen ut i fra disse. En viktig del av arbeidsmiljøet er å gi hverandre anerkjennelse og respekt, gi hverandre rom til videreutvikling, og samtidig bruke hverandre som en ressurs (Jakobsen, 2005).

3.8 Den kompetente sykepleieren

Vi har snakket om økt kompetanse og kompetanseutvikling blant sykepleiere i sykehjem. Her vil vi gå nærmere inn på hva det vil si å være en kompetent sykepleier. Nåtidens og fremtidens sykehjemspasienter blir stadig dårligere. Dermed vil også kravene til sykepleieren på sykehjem bli større med tanke på evnene til både å observere, vurdere og iverksette handlinger. Kunnskaper om anatomi/fysiologi og sykdomslære danner basisen for hvor god observasjonskompetansen er. Det er helt essensielt at sykepleieren er oppmerksom på selv små tegn hos pasienten. Utfra sine observasjoner, vil sykepleieren vurdere eventuelle tiltak og handlinger som skal tas. Hva som skiller mellom en god og dårlig beslutning sier noe om han eller hennes vurderingsevne. Dette krever faglig dyktighet, evnen til å jobbe kunnskapsbasert, og trekke inn egne erfaringer. I tillegg må sykepleieren inneha gode kommunikasjonsferdigheter og kunne analysere relevant data opp mot sine fagkunnskaper. Evnen til å reflektere sier også mye om sykepleierens holdninger til sitt eget arbeid. En reflektert tilnærming til faget vil gi muligheten til å finne og kartlegge eventuelle feil eller mangler i arbeidet, som igjen fører til læring og utvikling. Hvis sykepleieren er bevisst på

dette, og reflekterer over eventuelle problemområder, vil han eller hun hele tiden kunne utvikle sin kompetanse (Nortvedt & Grønseth, 2010).

En fundamental del av sykepleierens natur er å ha omsorgskompetanse. Med dette menes at en har gode holdninger, en empatisk tilnærming til pasienten, samt viser omtanke. Dette innebærer at sykepleieren har et godt håndlag og kan ubevisst fange opp smerter og ubehag hos pasienten. I tillegg skal en være moralsk, i den forstand at han eller hun er bevisst på de etiske prinsippene, og følger yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren vet om forpliktelsen til å fremme helse og har respekt for pasientens autonomi. Sykepleieren skal prioritere riktig slik at alle brukere får den hjelpen de trenger, og viser barmhjertighet ved å være varsom, empatisk og yte et godt håndlag. En god moral tilsier også at sykepleieren er oppdatert på hva som er faglig- og forsvarlig praksis (Nortvedt & Grønseth, 2010).

3.9 Kunnskapsbasert praksis

Det å arbeide med kunnskapsbasert praksis vil si at vi klarer å underbygge det vi gjør i praksis med den nyeste kunnskapen. Dette skal vi gjøre ved å dra inn den kunnskapen vi har sammen med den erfaringen vi har tilegnet oss, til å imøtekomme pasientenes behov. Vi har alle et ansvar for å oppdatere oss på fag og forskning i vårt eget fagfelt. Det blir stadig publisert nyere forskning innen helsetjenesten. Det er vår plikt å ha den seneste kunnskapen i henhold til den helsehjelpen pasientene har behov for. En viktig del av det å holde seg faglig oppdatert er å vite at kilden man finner er pålitelig og korrekt. Vi må kritisk vurdere fagstoffet slik at vi er sikre på at det er en holdbar og gyldig studie (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). I tillegg kan det å arbeide kunnskapsbasert bestå av tre deler. Det vil si at vi har fokus på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning. Alle delene er en essensiell del i det å arbeide kunnskapsbasert. For å få til en helhetlig pleie til pasienten er det viktig at vi drar kunnskap ut fra alle tre delene, kunnskapen man har vil da bestå av flere kilder. Yrkesutøvelsen belyser dermed den fagkunnskapen man besitter (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

4. Presentasjon av teoretikere

4.1 Marit Kirkevold

Skriver om sammenhengen mellom kunnskap, praksis og viktigheten av å bruke sykepleievitenskap i arbeidet. Hun skriver i tillegg om betydningen av å tilegne seg kompetanse. Hun mener man bør dra inn både teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Samtidig er det viktig med refleksjon, man kan reflektere over noe man har gjort, noe man gjør eller noe man skal gjøre. Dette vil hjelpe deg til en mer fornuftig handling samtidig som opplevelsen og lærdommen sitter dypere. Når man snakker om å ha kompetanse betyr det ikke bare at man har teoretisk kunnskap, men viktigst av alt er hvordan man klarer å bruke den teoretiske kunnskapen i praksis. Den kompetansen blir styrket ved erfaringer og øvelse. Kunnskap og ferdigheter må ha en sammenheng for at en person skal ha kompetanse (Kirkevold, 1996).

4.2 Patricia Benner

Har i sin forskning funnet det hun mener er kjernen i sykepleierens kompetanse. Hun skriver om fem ulike stadier som hun mener er betydningsfulle i forhold til å gå fra novise til ekspert.

- Første stadiet handler om novise. Her er man nybegynner og mangler erfaringer i de ulike situasjoner man befinner seg i, men det er her man begynner arbeidet med å tilegne seg egne erfaringer og utvikle de ferdigheter som kreves ved dette nivået.
- Det andre stadiet handler om å være en avansert nybegynner. Her begynner man å mestre ulike situasjoner gjennom å ha tilegnet seg ferdigheter og erfaringer gjennom andre pasientsituasjoner.
- På det tredje stadiet har sykepleieren begynt å få mer kompetanse, spesielt hvis man har arbeidet med samme type pasienter over et tidsrom på to til tre år. Her begynner sykepleieren å beherske ulike situasjoner, og samtidig klare å beherske uforutsette hendelser på en tilfredsstillende måte.
- Det fjerde stadiet går mer inn på egnethet, og sykepleieren klarer å se helheten i det arbeidet den gjør. Man får et perspektiv på ting som mer og mer styres av tidligere

erfaringer og opplevde hendelser. Man klarer også lettere å se utkommet av en situasjon før det har hendt.

- Det femte og siste stadiet er ekspert stadiet. På dette punktet har man opparbeidet seg såpass mange erfaringer, og klarer å ha en grundig forståelse av helheten i sykepleien (Benner, 1993).

4.3 Kari Martinsen

Skriver at sykepleieren mest av alt skal gi omsorg og at all sykepleie skal bygges rundt dette. Hun skriver i tillegg at mennesker er bygd for å leve sammen og er avhengig av hverandre for å overleve. Hun tar avstand fra at forskningsbasert kunnskap skal være hovedfokuset i sykepleievitenskapen. I stedet hevder hun at den sanselige og erfaringsbaserte kunnskapen skal være essensiell i sykepleiepraksisen (referert i Kirkevold, 2001). I tillegg skriver Martinsen (1989), om vekst og vedlikeholdsomsg. Vekstomsorgen går i hovedsak til de pasientene som har et opptreningspotensiale og intensjonen er at de etter hvert skal bli selvhjulpne. Vedlikeholdsomsgen er mer rettet mot pasienter på somatiske langtidsavdelinger, som ikke har potensiale for rehabilitering. Behandlingen er mer rettet mot at pasienten skal få det best mulig i det stadiet av livet den er i der og da.

4.4 Per Fugelli

Per Fugelli er professor i sosialmedisin, og mener at Norge har blitt et feigt land, i den forstand at menneskene har utviklet seg til amøber som ukritisk har latt seg støpe etter samfunnets og omgivelsenes press (Fugelli, 2014).

Han hevder at alle individer er en del av et felleskap, en flokk. Flokken kan være både ond og god. En flokk er ond når menneskene i den ikke kan akseptere ulike verdier og meninger, noe som vil resultere i at man utvikler seg til kloner og dermed mister sin egenart. Den onde flokken vil tenke at andre utenforstående er farlige, upålitelige og ikke til å høre på. Flokken er god når dens innbyggere tillater fritenkere. Selv om en flokk er et felleskap, vil det allikevel være viktig at det skapes rom for individualitet og selvstendighet. Det er summen av hvor modige eller hvor feige en er som avgjør om flokken blir ond eller god (Fugelli, 2010).

Han snakker også om mot, som en av Platons fire kardinaldyder: Mot, rettferdighet, måtehold og visdom. Motet er drivkraften til de andre dydene. Motet setter udrømte drømmer og utenkte tanker til livs, og er visdommens kilde. Universitetene og høyskolene har et ansvar med å gi studentene mot til å finne sin egen sannhet, og gå på oppdagelsesferd i seg selv. Studentene skal ikke oppdras til å bli kloner, men til et selvstendig individ som tør å være rebelsk. En bør danne mot til å stille de kritiske spørsmålene, og sette spørsmålstegn ved hvordan samfunnet har utviklet seg. Han mener en bør ha mot til å være ulydig, gå mer imot regelverket og tenke fritt, hvis ikke vil man miste seg selv. En må ha mot til å tenke annerledes, radikalt, være oppfinnsom og ha tro på sin egen kunnskapsbank (Fugelli, 2014).

5. Drøfting

Vi vil først diskutere hvordan vi kan øke rekrutteringen av sykepleiere til sykehjem. Videre i drøftingen ser vi på hvordan sykehjemmene kan gjennomføre kompetanseutvikling blant sykepleiere og hvilke krav som stilles til dem. I tillegg til dette vil vi gå kort inn på hvordan lederne av sykehjemmene kan bidra til fagutvikling og kompetanseheving hos sykepleiere, samt hvilke ansvar sykepleierne har i forhold til dette. Vi vil også gå nærmere inn på de ulike teoretikernes syn på kompetanse.

5.1 Hvordan øke rekrutteringen av sykepleiere til sykehjem?

Sykehjem har stått ovenfor mange år med endringer. Fra å starte med å være et oppbevaringssted for eldre, er det i dag en helt annen tilværelse på sykehjem. De som bor der er ofte multisyke (Hauge, 2010). For å ivareta disse pasientene kreves det økt kompetanse og rekruttering av sykepleiere til sykehjem. I tråd med dette krever samhandlingsreformen at pasientene skal få et mer helhetlig tilbud der de er. Dette vil forutsette mer årsverk av sykepleiere inn i sykehjem for å imøtekomme dette behovet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). På en annen side sier Hermansen og Grødem (2015) at nedgangen i antall reinnleggelser på sykehuset ikke har en sammenheng med økt sykepleiedekning, dette er en direkte årsak av innføringen av samhandlingsreformen. Noe som forklares med at kommunene har tatt imot pasienter fra det tjenestetilbudet de allerede har. Hermansen & Grødem (2013) sier også at en økning i andelen korttidsplasser bør være et fokusområde i årene som kommer. Korttidsplasser bidrar til at kommunene er rustet til å ta imot pasienter fra sykehusene, som igjen vil være tiltak for å imøtekomme samhandlingsreformens utfordringer. Mary Kordahl, enhetsleder ved Roverudhjemmet i Kongsvinger, opplevde en økning i antall søkere på to sykepleierstillinger hun lyste ut i fjor. Hun sier samtidig at sykehjemmets bruk av korttidsplasser antageligvis hadde en innvirkning på denne søkerinteressen. Som et resultat av økning av sykepleierstillinger på sykehjemmet, sier Kordahl at pasientene ikke lenger blir sendt til sykehus for væskebehandling, men at dette er en behandling de nå kan få på sykehjemmet (personlig kommunikasjon, 20. April 2015). Slik vi ser det vil flere slike behandlingstiltak i sykehjem, bidra til at arbeidsdagen blir mer interessant, og rekrutteringen til sykehjem kan bli lettere.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) skriver i samhandlingsreformen at det er et krav om økt sykepleiedekning i kommunehelsetjenesten i fremtiden. Slik det fremstår i dag ser vi at det er lite som tilsier at disse kravene kan møtes på en tilfredsstillende måte.

Avgangsundersøkelsen av sykepleierstudenter utført av NSF student (2014) viser at kun syv prosent av studentene har sykehjem som førsteprioritet ved valg av arbeidssted etter endt utdanning. Dette kan sies å være urovekkende tall med tanke på det økte behovet med hundre tusen årsverk av helsepersonell frem mot 2030 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Hermansen & Grødem (2015) sier at en årsak til mangelen på sykepleiere kan være for mange deltidsstillinger. Med tanke på dette kommer det frem i avgangsundersøkelsen av sykepleierstudenter at 75 prosent ønsker fulltidsstilling og kun et fåtall ønsker en stilling på 50 prosent når de skal ut i arbeidslivet (NSF, 2014).

Østby (2015) belyser at resultatene fra avgangsundersøkelsen kan skyldes sykehjemmenes økonomi. Stadig trangere budsjetter går på bekostning av sykepleien, som kan føre til svikt i motivasjonen til sykepleierne som arbeider der. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) nevner at rekrutteringsutfordringer av sykepleiere til kommunene, handler om begrensede ressurser. Spesielt i små kommuner har det ikke vært rom for å tilby personalet fag og utviklingsmuligheter. På en annen side ser vi utfra Sjøli Nilsens arbeid med kompetansenettverket i Glåmdalsregionen, at dette er eksempler på hvordan små kommuner kan dras med i kompetanseutviklingen i kommunal sektor (personlig kommunikasjon, 19. Mai 2015). Kordahl sier at trange budsjetter og dårlig økonomi ikke nødvendigvis setter en stopper for kompetanseutviklingen ved sykehjemmene. Det handler om å se mulighetene fremfor begrensningene, og finne ut av hvordan man benytter de ressursene man har til rådighet. Staten forvalter en stor sum med penger kommunene kan søke prosjektmidler fra. Utfordringene er at det mangler tilstrekkelig kunnskap innen prosjektledelse, ikke prosjektmidler (personlig kommunikasjon, 20. April 2015).

Gro Bentsen, FoU-leder for Utviklingssenter for sykehjem i Hedmark, sier de lave tallene fra NSF (2014) kan være fordi sykepleierstudenter ikke vet hvor faglig krevende og interessant arbeid med syke eldre mennesker kan være. En av årsakene til dette kan være fordi sykepleierstudentene blir sendt i sykehjemspraksis som nybegynnere, allerede i første studieår (personlig kommunikasjon, 8. April 2015). Benner (1993) sier også at mennesker som er nye i faget mangler et helhetlig syn i sitt arbeid. Bentsen hevder videre at det kan være vanskelig

for førsteårsstudenter å få tak i det store mangfoldet av faglige utfordringer som er på sykehjemmene. Mange pasienter er multisyke med opptil syv ulike diagnoser. Noen kan stå på tjue ulike medikamenter. Smertelindring er en stor utfordring og flere har ernæringsproblemer. I tillegg vil mellom 80 til 90 prosent av beboerne ha en demenssykdom. Det foregår også et stort arbeid med pårørende. Ergo, sykehjem er så ufattelig mye mer enn å skifte bleier og mating, men hvis en får dette inntrykket som student, blir det vanskelig å snu disse fornemmelsene (personlig kommunikasjon, 8. April 2015).

På en annen side ser vi utfra egne erfaringer at praksisen på sykehjemmet kan være avhengig av kvaliteten på veiledningen man får. Vi har selv opplevd mangel på kompetanse blant veiledere i sykehjemspraksis. Vi har bevitnet blant annet at hygieniske prinsipper ble tatt lite hensyn til, og i tillegg gjentatte ganger snakket over hodet til pasientene. Disse inntrykkene tenker vi kan bidra til at man mister motet til å arbeide på sykehjemmet. På en annen side har vi erfaringer fra yrkeslivet ved et annet sykehjem, hvor sykepleierne tok seg god tid til å reflektere med studentene og gav dem oppgaver til videre refleksjon. De bidro også med å hjelpe studentene til å oppsøke læringssituasjoner som kan føre til videre utvikling. Man kan undre seg over hvorfor det skal være slike ulikheter fra sted til sted, men i bunn og grunn har vi alle et ansvar i å oppsøke læringssituasjoner og arbeide med utvikling av eget fag (NSF, 2011). Utfra dette kan det se ut til at opplevelsen av sykehjemspraksisen er i mange tilfeller avhengig av hvilken type veiledning man får.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) sier at høgskolene må legge til rette for at studentene i større grad styres inn mot arbeid i kommunal sektor. Vi ser i den forbindelse at det har blitt fremmet forslag om å flytte sykehjemspraksisen fra første til tredje studieår i fagplanen til sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Hedmark (Bentsen, 2015). Slik vi ser det kan dette være gunstig, fordi fokuset da vil være på andre områder enn stell og pleie, som for eksempel ledelse av sykepleiefaget (Høgskolen i Hedmark, 2014). Vi mener dette kan være i tråd med samhandlingsreformens oppfordring til høgskolene om å peile utdannelsen inn mot kommunehelsetjenesten. Det kan bidra til økt rekruttering til sykehjem, fordi vi opplever fra egne erfaringer at det kan være slik at studenten velger sitt siste praksissted som arbeidsplass. Vi ser imidlertid at høgskolene, eksempelvis Høgskolen i Hedmark (2014) har tatt noen grep ved å legge hjemmesykepleiepraksisen til sjette semester, men sykehjemspraksisen er enn så lenge uendret i studieplanen. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) sier på en annen side at

det er kommunene som ikke har vært dyktige nok til å opprette avtaler om sykepleiepraksiser med høgskolene, og at dette kan ha resultert i at studentene heller begynner å arbeide i spesialisthelsetjenesten.

Sandvik (2014) sier at mangelen på et aktivt fagmiljø kan bidra til at sykepleiere ser på arbeid i sykehjem som et lavstatusarbeid, dermed velger de heller sykehus som arbeidsplass. Bergland et al., (2010) har skrevet om et prosjekt gjennomført ved et sykehjem i Oslo, hvor de tok for seg problematikken med å rekruttere og beholde sykepleiere i sykehjemmene. Formålet med prosjektet var å kartlegge hva som skulle til for at sykepleierne ville se på sykehjemmet som sin fremtidige arbeidsplass. Sykepleierne i prosjektet oppga at utfordringer de møtte var at sykepleierrollen ikke var konkret nok, de følte i tillegg at de ikke ble fulgt opp og fikk god nok opplæring. Tiltak som måtte gjøres for at de skulle bli på sykehjemmet var en tydeligere konkretisering av deres rolle. Det sykepleiefaglige måtte være hovedfokuset, slik at tidsbruken gikk til oppgaver i henhold til deres kompetanse og ansvar. De nevnte også at det var viktig at ledelsen så på dem som sykepleiere, og at de ble involvert i større grad når det kom til for eksempel bemanning og antall sykepleiestudenter på avdelingen. En tydeliggjøring av deres rammer for de øvrige ansatte var viktig å få frem. Fagutvikling var i tillegg en betingelse for å fortsette ved sykehjemmet. De ønsket at miljøet skulle skape rom for faglige diskusjoner, samt kursing og videreutdanning. Bentsen nevner på sin side at sykepleiere ansatt ved USHT i Hedmark opplever meget spennende og faglig utfordrende hverdager (personlig kommunikasjon, 8. April 2015). Vi ser i den forbindelse at dette kan henge sammen med at USHT satser på fagutvikling. I tillegg sier Ytrehus & Nuland (2007) at sykehjem som jobber med fagutvikling opplevde mindre sykefravær og økt trivsel.

5.1.1 Sykepleierens ansvar

Hauge (2010) nevner at det kan dannes kulturforskjeller på sykehjem, hovedsakelig mellom hjelpepleiere og sykepleiere. Dette kan være fordi de så sterkt verner om sin egen profesjon. Samtidig sier Jakobsen (2005) at det kan være vanskelig å endre disse kulturene fordi arbeidshverdagen på sykehjem kan være låst i gamle vaner og rutiner. Bergland et al., (2010) nevner i deres prosjekt at sykepleierne på sykehjemmet opplevde press fra kollegaer om å delta i diverse praktiske gjøremål og rutiner i avdelingen på sykehjemmet. Problemet var at dette gikk utover sykepleieroppgavene, slik at det sykepleiefaglige kom i andre rekke. Når

sykepleierne ble nødt til å trekke seg tilbake for å utføre sykepleieroppgaver, falt det ikke i gehør hos andre ansatte, og sykepleierne endte opp med å arbeide på lik linje med de andre yrkesgruppene på sykehjemmet. Jakobsen (2005) påpeker at selv faglige forankrede tiltak kan oppleves truende for ansatte, fordi de kan bryte med avdelingens forutsigbarhet. I den sammenheng sier Hauge (2010) at det vil være viktig at organiseringen er slik at sykepleieren får anvendt sin fagkunnskap på riktig måte.

Fugelli (2014) hevder at menneskene i dagens samfunn for lett lar seg forme etter omgivelsenes forventninger. Hauge (2010) sier på sin side at sykepleiere, som nevnt i teoridelen, har et ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov. Disse behovene består av mange ulike aspekter, flere av pasientene har komplekse sykdomstilstander, som vil innebære at mange mål skal nås samtidig. Ved siden av dette har de også et ledelsesansvar på avdelingen. Innenfor denne ledelsesstrukturen skal sykepleieren påse at arbeidet på sykehjemmene er av faglig kvalitet. Fugelli (2010) mener at menneskene her i landet ofte velger å distansere seg fra ansvar og legger dette over på andre (Fugelli, 2014). I tillegg sier Hauge (2010) at sykepleieren vil ha en nøkkelrolle i det tverrfaglige samarbeidet. Vi forstår dette slik at sykepleieren har et klart ansvar med å delegere arbeidsoppgavene på sykehjemmet. Samtidig kan vi se utfra Bergland et al., (2010) sine funn at sykepleiere lar sykepleieroppgaver komme i andre rekke med tanke på det presset de opplever fra andre ansatte. Vi kan dermed se at de kanskje ikke er oppmerksomme nok på det ledelsesansvaret de har på sykehjemmet. Vi kan dermed påstå utfra Fugellis (2014) teorier som nevnt over, at sykepleierne må våge å ta denne diskusjonen på arbeidsplassen og ikke gi etter for presset de møter. Vi tenker i tillegg at konfliktene om fordeling av ansvarsområder kan bidra til økt belastning på sykepleiere i sykehjem. Vi ser utfra egne erfaringer at tidspress kan føre til økt arbeidsrelatert stress. Hannson & Arentz (2009) sier at et økt stressnivå kan assosieres med lav kompetanse. I tillegg kan stress på arbeidsplassen føre til dårligere arbeidsmiljø, som igjen vil påvirke kvaliteten på pleien.

Hauge (2010) hevder at presset fra øvrige ansatte på sykehjemmene, kan være et resultat av uvitenhet om hva som er sykepleierens oppgaver. Vi har selv erfart gjennom praksis på sykehjem at dette kan være tilfelle. Vi har opplevd at øvrige kollegaer ikke informeres i god nok grad om hvilke ansvarsområder sykepleieren har. Dette tenker vi kan være en medvirkende årsak til den manglende forståelsen på avdelingen for hvor grensene går mellom

hva som er sykepleieroppgaver og ikke. Vi har selv sett misnøye fra annet helsepersonell ovenfor sykepleiere, når de trekker seg unna daglige rutiner for å utføre sykepleieoppgaver. Vi ser på bakgrunn av egne erfaringer at et tiltak kan være å bedre kommunikasjonen mellom disse. Jakobsen (2005) presiserer at det er viktig for alle å innse at man arbeider mot et felles mål. Vi ser i den sammenheng at en ide kan være at sykepleieren klargjør sine ansvarsområder for andre, og blir dyktigere til å informere om dagens arbeidsoppgaver under rapporten.

Bergland et al., (2010) nevner som sagt tidligere at sykepleiere mener at lite konkrete roller og ustrukturerte ansvarsfordelinger, kan være en medvirkende årsak til å velge vekk sykehjemmet som arbeidsplass. For å få til et økt rekrutteringsarbeid av sykepleiere til sykehjem som samhandlingsreformen sier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) ser vi at en del tiltak som nevnt over bør iverksettes.

5.1.2 Fra behandlingsklar til utskrivningsklar

Som nevnt tidligere vil vi i årene som kommer stå ovenfor en økning i andelen eldre og at dette medfører et utvidet behov for antall plasser på institusjon. Hermansen & Grødem (2013) skriver at pasientene som blir utskrevet fra sykehuset i dag ikke er behandlingsklare, men utskrivningsklare. Dette medfører et styrket behov for videre behandling i kommunehelsetjenesten. Disse endringene har på en annen side vært et tema i flere år. Med tanke på å få ned liggetiden på sykehus, ble det på 70- tallet innført et prinsipp, LEON-prinsippet. Dette går ut på at pasientene skal få tilbud på lavest effektive omsorgsnivå (Nylenna & Braut, 2014). Hermansen & Grødem (2013) sier i den forbindelse at grunntanken bak dette er at kommunene skal overta mer av ansvaret for pasientene, og dermed vil liggetiden på sykehusene reduseres. Denne idéen om at kommunene skal overta mer av behandlingsansvaret har også blitt et av høydepunktene i samhandlingsreformen. Kommunene vil etter samhandlingsreformen få et økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter som er inneliggende på sykehuset. Dette er med på å gi kommunene et press for å ta imot pasientene raskere. Med dette ansvaret vil det også være et behov for flere sykepleiere. Det nevnes på bakgrunn av dette at korttidsplasser kan være en god løsning. Det vil da være mer flyt i samarbeidet mellom sykehus og kommune. Som nevnt tidligere, sier også Kordahl, at korttidsplasser vil være med på å øke rekrutteringen av sykepleiere til sykehjem (personlig

kommunikasjon, 20. April 2015). Denne endringen i terminologien fra behandlingsklar til utskrivningsklar, vil bety at sykepleierne som arbeider på sykehjemmene, vil få flere sykepleieoppgaver, som Bergland, et al. (2010) skriver, at sykepleierne ønsket et større fokus på sykepleiefaglige oppgaver. Hauge (2010) sier på sin side at det er flere kommuner som arbeider med å gi de eldre mer avansert behandling ute i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) kommer med eksempler på at en økt behandling på sykehjemmene kan ha god effekt. Havstein sykehjem har opprettet en lindrende avdeling bestående av tolv plasser. Dette tenker vi kan samsvare med det Martinsen (1989) skriver om vedlikeholdssorg, hvor pasienten ikke lenger har et opptreningspotensiale, men behandlingen rettes mer mot å gi god omsorg på det stadiet de befinner seg i. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) sier at sykehjemmet som nevnt over har økt bemanningen, samt styrket lege- og sykepleierdekningen. De får muligheten til å delta på kurs ved St. Olavs Hospital, og de har i tillegg opprettet et tverrfaglig team som både underviser og deltar i pasientaktiviteter. Dette tilbudet er evaluert til å både være økonomisk og faglig nyttig fordi kostnadene er vesentlig lavere ved sykehjem enn ved et sykehus. Et annet eksempel er sykehjemmene i Skien, hvor sykepleierne ved avdelingen har fått oppfriskningskurs i observasjoner og behandling av pasienter med blant annet urinveisinfeksjon, pneumoni og dehydrering. De har i tillegg fått oppfriskning i å legge inn venekanyler for intravenøs væskebehandling. Her ser vi på en annen side sammenhengen mellom det Martinsen (1989) skriver om vekstomsorg, som hun mener i all hovedsak foregår i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2008) sier at slik behandling på sykehjem vil resultere i at eldre får et lavterskeltilbud med pleie av god kvalitet der de er. Belastningen av å flyttes til sykehus unngås samtidig som behandlingen kan iverksettes tidlig, noe som fører til mindre press på sykehusavdelingene og akutte forvirringer hos pasienten. Dessuten opplever sykepleierne at arbeidsdagen blir mer interessant. På bakgrunn av samhandlingsreformen ser vi at kommunehelsetjenesten bør rettes mer mot tenkningen Martinsen (1989) har angående vekstomsorg. Hun sier i tillegg at sykepleierne som arbeidet innenfor vekstomsorgen hadde en høyere status, og at det var lettere å rekruttere arbeidskraft innenfor disse institusjonene. Vi tenker at hvis kommunehelsetjenesten klarer å gjennomføre de tiltakene som skal til for å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, kan dette bidra til å øke rekrutteringen av sykepleiere til sykehjem.

5.2 Hvordan kan sykehjem drive med kompetanseutvikling?

Samhandlingsreformen vil som sagt at kommunene skal legge vekt på å utdanning og kompetanseutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I tillegg til å satse på flere høgskoleutdannet personell, sier Ytrehus & Nuland (2007) at videreutdanninger av allerede eksisterende personell kan være gunstig for kompetanseutvikling og rekruttering til kommunal sektor. Bergland, et al., (2010) har funnet ut at sykepleiere ansatt ved sykehjem ønsker utvikling og videreutdanning. Hannson & Arentz (2009) sier at mangelen på faglige utviklingsmuligheter er et stort problem i eldreomsorgen, noe som kan påvirke kvaliteten på sykepleien i en negativ retning. Sjøli Nilsen sier i den forbindelse at kommunene i Glåmdalsregionen samarbeider meget bra om kompetansehevende tiltak, og Høgskolen i Hedmark har i den sammenheng opprettet studier rettet mot diabetes og kols (personlig kommunikasjon, 19. Mai 2015). Kordahl sier imidlertid at utfordringer kan være at nyutdannede ikke er motivert nok for å sette seg tilbake på skolebenken, eller ansatte kan befinne seg i en livssituasjon hvor de føler de ikke har tid til videre utdanning (personlig kommunikasjon, 20. April 2015).

Hannson & Arentz (2009) sier på en annen side at implementering av læringsverktøy på arbeidsplassen kan være en effektiv metode for å heve kompetansenivået blant sykepleiere i sykehjem. I denne studien viste resultatene at kvaliteten på sykepleien forbedret seg betraktelig over tid. Denne pedagogiske ”verktøykassen” bestod følgelig av seksten ulike redskaper som sykepleierne kunne anvende på arbeidsstedet. Læringsmetodene var basert på hvilke områder de selv mente de trengte utvikling på, og var dermed tilpasset sykehjemets lokale behov. Sykepleierne som deltok i studien fikk selv evaluere effekten av verktøykassen og det viste seg at deres oppfatninger av kompetansenivået utviklet seg i positiv retning. Vi ser dermed at læringsmetoder integrert på arbeidsplassen kan være gunstig med tanke på at ikke alle sykepleiere har mulighet og er villige til å sette seg på skolebenken. Hannson & Arentz (2009) sier videre at det vil være slik at økt kompetanse blant sykepleiere i sykehjem vil forbedre kvaliteten på pleien, og i tillegg bidra til at sykepleieren får bedre tro på seg selv og sin dyktighet, samtidig som arbeidsmiljøet bedres. Vi tror at disse tingene kan føre til et styrket fagmiljø og gjøre sykehjemmet mer attraktivt utad, fordi utfra funn i litteratur og forskning ser vi at sykepleiere setter faglig utvikling og trivsel høyt på listen ved arbeid i

sykehjem (Bergland et al., 2010). I tillegg sier Ytrehus & Nuland (2007) at sykepleiere trives bedre på sykehjem som satser på fagutvikling.

USHT sitt arbeid vil også bidra til å kvalitetsforbedre pleie- og omsorgssektoren i landet, fordi de satser på kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. I tillegg skal USHT arbeide på den måten at de vil spre sine idéer og kunnskaper med de øvrige sykehjemmene og hjemmetjenestene i fylket. På den måten vil den nyeste forskningen bli gjort kjent for alle kommunale omsorgsenheter i landet (Helsedirektoratet, 2010). Kordahl sier imidlertid at det er liten kommunikasjon mellom hennes enhet og USHT i Hedmark, men at det er et ønske om tettere samarbeid. En av årsakene til at dette samarbeidet ikke har eksistert, kommer av at de har brukt ressursene på kompetansenettverket, som er opparbeidet i Glåmdalsregionen (personlig kommunikasjon, 20. April 2015). Helsedirektoratet (2010) sier imidlertid at en evaluering av USHT vil foreligge i løpet av 2015. Vi forstår dette som at USHT sitt arbeid er en viktig bidragsyter til kompetanseutviklingen til sykehjemmene. Helse og omsorgsdepartementet (2012) sier på sin side at spesialisthelsetjenesten skal veilede personell i kommunehelsesektoren i større grad. Vi tror at en økt kommunikasjon mellom USHT og andre sykehjem og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til kompetansenettverket i Glåmdalsregionen, kan være med på å heve kompetansenivået ved alle enheter i disse kommunene.

5.2.1 Hvordan kan lederen bidra med fagutvikling?

I henhold til § 16 i Helsepersonelloven (1999) står det at ”Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”. Vi forstår dette slik at lederen av institusjonen er lovpålagt å tilrettelegge for et aktivt fagmiljø. På en annen side sier Bentsen at for å få til slike forandringer kreves det ildsjeler og entusiastiske ledere som drar med seg ansatte (personlig kommunikasjon, 8. April 2015). Kordahl er opptatt av fagutvikling og rekruttering av sykepleiere (personlig kommunikasjon, 20. April 2015). Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som sier at lederen av organisasjonen har et særskilt ansvar for å imøtekomme rom for fagutvikling (NSF, 2011). På en annen side påpeker Castle et al., (2015) at utdannelsen til lederen av sykehjemmet er avgjørende for at tjenestene til pasientene er av god kvalitet og tilrettelagt for fagutvikling. Det kommer frem at i majoriteten av statene i USA er det bestemt at lederne av

sykehjemmene må gjennom en lederutdanning, og gjennomføre et praksisprogram, før de kan stå rustet til å inneha dette ansvaret. Dette vil bidra til at lederen gjennomfører sitt arbeid på en mer profesjonell måte som resulterer i tjenester av god kvalitet.

5.2.2 Hvilke krav stilles det til sykepleieren?

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) sier at omstillingsprosessen i dagens eldreomsorg krever et helhetlig fokus i sykepleien til denne pasientgruppen med alt det bringer. Med tanke på at samhandlingsreformen ønsker nyutdannede inn i kommunene, mener vi det vil være viktig at arbeidsplassen tilrettelegger for videreutdanning og kompetanseutvikling etter ansettelse. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det skrevet at alle pasienter uavhengig hvor i helsetjenesten man befinner seg, skal ha krav på god kvalitet i tjenesten, og at alle har rett på den nødvendige helsehjelpen de trenger av kommunen. Bing-Jonsson et al., (2014) sier i sin forskning, at sykepleiere som arbeider med eldre mennesker bør ha omfattende, avanserte kunnskaper innen geriatri, slik at de står rustet til å møte sykehjemspasientens komplekse helsetilstand. Ekspertutvalget i denne studien har konkludert med at områder som krever særskilt sykepleierkompetanse vil være helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, som består av palliativ behandling, etikk, kommunikasjon, dokumentasjon og akutt sykepleie. Samtidig er holdninger, samarbeid og ansvarsbevissthet nødvendige egenskaper å besitte. Helse- og omsorgsdepartementet (2012) mener også at det bør være et økt fokus i kommunehelsetjenesten på rehabilitering, forebyggende tiltak og palliasjon, i tillegg til velferdsteknologi og veiledning. På en annen side sier Bing-Jonsson et al., (2014) at kvaliteten på pleien i kommunehelsetjenesten fortsatt er for dårlig, til tross for flere forsøk på å heve den. De hevder så at sykepleierens kunnskapsnivå må evalueres og tas i betraktning ved ansettelsesforløpet. Videre sier de at det er uvisst om sykepleierne som arbeider på sykehjem har kompetansen som kreves for å jobbe med sykehjemspasienter.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) presiserer at høyskolene må peile sykepleierstudentene inn mot arbeid i kommunal sektor. Fugelli (2014) mener at høyskoler og universiteter må utdanne studentene til å være selvstendige, slik at de ikke ender opp som flokkdyr. Han mener at tenkningen og forskningen ved dagens høyskoler ikke tillater den slags individualitet. Benner (1993) sier at nyutdannede sykepleiere er noviser, og dermed mangler kunnskapsbasert erfaring. Hun mener at sykepleierkompetansen går over fem ulike stadier, og vil utvikle seg over tid. Nybegynnere befinner seg på novisestadiet og her vil ikke

sykepleierkompetansen være nok utviklet til at en forstår helheten i sitt arbeid. På fjerde og femte stadiet vil arbeidet styres mer etter opplevelser og erfaringer fra tidligere pasientsituasjoner, og man oppnår en dypere forståelse for sitt arbeid. Kirkevold (1996) sier på sin side at kompetansen styrkes ved erfaring og øvelse. Bing-Jonsson et al., (2014) hevder at kompetanse inneholder dimensjoner av kunnskap, ferdigheter og personlige egenskaper, men også at den avhenger av hva slags behov pasienten har og sammensetningen av andre fagpersonell. På en annen side ønsker Helse- og omsorgsdepartementet (2012) flere nyutdannede sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Slik vi forstår det, kan det være en rekke utfordringer for nyutdannede å arbeide på sykehjem, med tanke på det Hauge (2010) sier at pasientene har komplekse helsetilstander. Selv om nyutdannede kan mangle erfaring, opplever vi på en annen side gjennom praksis at vi tar oss mer tid til å kvalitetssikre vårt arbeid ved å spørre om hjelp, samt søke svar i forskning og litteratur. Fugelli (2014) sier på sin side at studentene må finne sin egen sannhet og ha tro på seg selv. Vi tenker med dette at Fugelli sine tanker er viktig å ha i bakhodet som nyutdannet.

Nordtvedt et al., (2012) sier at i arbeidet med å ha et styrket fagmiljø er det viktig å jobbe kunnskapsbasert. Dette innebærer at vi er oppdatert på nyeste forskning, erfaringer og brukermedvirkning. Det står skrevet i YER at hver enkelt sykepleier har en plikt til å holde seg faglig og etisk oppdatert på forskning og utvikling (NSF, 2011). Med dette mener vi at det ikke kun er lederen av organisasjonen som plikter å følge opp dette, men at hver enkelt av oss har et ansvar i å oppdatere oss på fag og forskning. Martinsen (referert i Kirkevold, 2001) på sin side, skriver i sin omsorgsteori at sykepleien mest av alt skal bygges rundt omsorg til pasienten. Hun hevder at den forskningsbaserte kunnskapen tar for stor plass i dagens sykepleiepraksis. Den skal derimot bygges på den sanselige og erfaringsbaserte kunnskapen. Vi tror at en kombinasjon av kunnskapsbasert praksis og Martinsen sin omsorgsteori er roten til god sykepleie. Vi finner støtte i dette i lovgivningen, § 4 i Helsepersonelloven (1999) sier at arbeidet skal være faglig forsvarlig samt at helsepersonell skal holde seg innenfor eget kompetanseområde.

Det vil være mange ulike synspunkter om hva det vil si å være en kompetent sykepleier. Kirkevold (1996) mener at kunnskap og ferdigheter må ha en sammenheng for at en person skal ha kompetanse. Benner (1993) hevder at kompetansen utvikler seg over tid og at man i begynnelsen mangler erfaringer, men arbeidet med å tilegne seg de kunnskapene som trengs

starter allerede her. Nordtvedt og Grønseth (2010) skriver at for å være en kompetent sykepleier må du ha evnen til å observere, vurdere og iverksette handlinger. Evnen til å reflektere over egne problemområder er et viktig steg for å utvikle sin kompetanse som igjen belyser det Kirkevold (1996) sier, at refleksjon vil hjelpe deg til en mer fornuftig handling samtidig som opplevelsen og lærdommen sitter dypere. Nordtvedt og Grønseth (2010) nevner også at det å ha omsorgskompetanse er en fundamental del av sykepleien som støtter oppunder Martinsen (referert i Kirkevold, 2001) sin omsorgsteori. På en annen side tenker vi at hennes teorier passer bedre inn slik sykehjem var før hvor arbeidet som Hauge (2010) skriver om, dreiet seg i større grad rundt stell og pleie. Dagens sykehjemspasienter krever mer medisinskfaglig behandling og vi mener i den sammenheng at Kirkevolds (1996) teorier om at kunnskaper og erfaringer kan være en viktig del av sykepleierkompetansen i sykehjem.

5.4 Innovasjonsbasert sykepleie

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) sier at i årene som kommer venter vi en hurtig kapasitetsvekst og med dette kreves det endringer i form av bredere og høyere kompetanse. Stortingsmeldingen Morgendagens omsorg belyser at for å møte kapasitetsveksten de neste årene er vi nødt til å tenke nytt og arbeide innovasjonsbasert. ”Innovasjon er ikke å lete etter beste praksis, men hva som kan bli en bedre neste praksis. Det er et begrep for forandring og forutsetter risikovillighet” (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012, s. 13). Å arbeide innovasjonsbasert forstår vi som å være løsningsorientert og se problemer med nytt blikk. Kordahl sier hun trenger engasjerte medarbeidere som tenker nytt og er opptatt av fagutvikling (personlig kommunikasjon, 20. April 2015). Dette er i tråd med de krav helselovgivningen og samfunnet stiller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Fugelli (2014) hevder så at man må ha mot til å gå i mot strømmen og ha tro på sin egen kunnskapsbank. Han sier videre at vi er for lydige om dagens regelverk. Det finnes for mange tamme hjerner slik at all tenkning og forskning nå foregår i flokk. Dette kan gjøre mennesker overfladiske og hindre deres selvstendighet. Bergland et al., (2010) skriver om sykepleiere som opplever sanksjoner på sykehjem fordi de må bruke tiden til sykepleiefaglige gjøremål. Dette resulterer i at de prioriterer vekk sykepleieroppgaver. Fugelli (2014) sier det mangler modige stemmer blant oss og at man må våge å stille kritiske spørsmål. Han presiserer så at individer må være fritenkere slik at flokken kan endre seg i en positiv retning. Han sier at ens identitet former seg etter samspillet med andre mennesker og at man er laget for å leve i et

felleskap (Fugelli, 2010). Martinsen (referert i Kirkevold, 2001) mener også at menneskene er avhengige av hverandre for å overleve. I den sammenheng, kan vi påstå at dette arbeidsfellesskapet som oppstår på sykehjemmene er avhengig av at individene får lov til å utforske nye områder og jobbe innovasjonsbasert. Jakobsen (2005) sier også at menneskene i arbeidsfellesskapet bør bruke hverandre som ressurser og skape rom for videreutvikling. Vi tenker at disse synspunktene kan ha en overføringsverdi til hvordan vi ønsker at sykepleiere på sykehjem skal forholde seg til oppgaver på, fordi sykehjemmet og deres ansatte har behov for å utvikle seg i tråd med samfunnsendringene. Vi ser sykepleieren som fritenkeren som våger å tenke nytt og er med på de endringene som behøves for at sykehjemmet og alle dets ansatte skal utvikle seg i tråd med fremtidens krav.

6. Konklusjon

Samhandlingsreformen stiller krav om at kommunehelsetjenesten må gjennomgå endringer for å imøtekomme kapasitetsveksten av eldre i årene som kommer. Spesielt stilles det krav om økt rekruttering og kompetanseheving blant helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Vi finner det urovekkende at så få av nyutdannede sykepleiere ønsker å arbeide på sykehjem (NSF, 2014). Derfor ønsket vi gjennom drøftingen å komme frem til ulike tiltak som vil gjøre sykehjem til en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere.

Ut fra funn i litteraturen ser vi at mer avansert behandling i sykehjemmene kan bidra til at sykepleierne opplever arbeidsdagen mer interessant (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Vi kan derfor se en sammenheng mellom økt rekruttering av sykepleiere til sykehjem som satser på korttidsavdelinger. Dette kan være fordi det er tenkt at disse avdelingene i større grad skal fokusere på medisinsk faglig behandling (Hermansen & Grødem, 2013). I tillegg kan vi se at sykepleiere ønsker økt fokus på fag- og videreutvikling på arbeidsplassen, og at muligheten for videreutdanning er en forutsetning (Bergland et al., 2010). Vi har selv erfart at muligheten for videreutdanning har vært en medvirkende faktor til å takke ja til sykepleierstilling på sykehjem. Vi ser at arbeidet Sjøli Nilsen har med kompetansenettverket i Glåmdalsregionen er et viktig tiltak i forbindelse med fagutvikling lokalt i kommunene (personlig kommunikasjon, 19. Mai 2015). Vi mener i den sammenheng at det er viktig at lederne tilrettelegger og imøtekommer rom for fagutvikling på arbeidsplassen (NSF, 2011). I tillegg ser vi fra funn i litteraturen at sykepleiere ønsker mer konkrete roller (Bergland et al., 2010). Det er derfor viktig at lederne organiserer arbeidshverdagen slik at sykepleiere får brukt sin fagkunnskap der det er riktig (Hauge, 2010). For å imøtekomme disse tiltakene som nevnt over ser vi at et krav om høyere utdanning blant lederne kan ha en positiv effekt på fag- og videreutvikling blant sykepleiere (Castle et al., 2015).

Slik vi forstår funn fra forskningen ser vi at tiltak for å heve kompetansenivået kan være å innføre pedagogiske læringsverktøy på arbeidsplassen (Hansson & Arentz, 2009). Vi mener dette kan bidra til at sykepleiere får drevet med fagutvikling der de er. På den måten unngår man å reise fra arbeidsstedet for å oppsøke ny kunnskap.

På bakgrunn av hva Bentsen sier, er vi enige i at førsteårsstudenter ikke har utviklet evnen til å se helheten i sykepleien til pasientene på sykehjemmene (personlig kommunikasjon, 8. April 2015). Derfor foreslår vi at en idé kan være å dele sykehjemspraksisen i to, hvorav første del vil foregå i andre semester, slik at studentene lærer seg grunnleggende stell og pleie. Andre del kan legges til sjette semester, hvor fokuset i følge studieplanen er rettet inn mot ledelse av sykepleiefaget (Høgskolen i Hedmark, 2014). Vi tenker at dette kan være et tiltak for å øke rekrutteringen til sykehjem, da man i siste studieår lettere vil se de faglige utfordringene og verdiene av å arbeide med denne pasientgruppen. Vi har utfra egne erfaringer opplevd mangelfull veiledning i sykehjemspraksis. Vi mener derfor at kompetansenivået til veilederen er av stor betydning for hvordan sykehjemspraksisen oppleves.

Det kommer i tillegg frem i avgangsundersøkelsen gjort av NSF (2014) at flertallet av nyutdannede ønsker fulltidsstillinger. Vi tenker da at et tiltak vil være å få bukt med bruken av ufrivillig deltid blant sykepleiere.

Utfra funn i drøftingen kan vi påstå at det ikke foreligger god nok kommunikasjon mellom USHT og sykehjemmet vi har vært i kontakt med. Dette sier Kordahl er fordi ressursene er blitt rettet mer mot kompetansenettverket i Glåmdalsregionen (personlig kommunikasjon, 20. April 2015). Vi tenker at et viktig tiltak i denne sammenheng vil være å skape et tettere samarbeid mellom USHT og øvrige sykehjem i fylket, slik det er tiltenkt (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg sier Helse- og omsorgsdepartementet (2008) at spesialisthelsetjenesten skal veilede og undervise ansatte i kommunehelsetjenesten. Vi mener et økt samarbeid mellom alle parter vil kunne bidra til å øke kompetansen blant sykepleiere i sykehjem.

Som nevnt tidligere i oppgaven, oppfordres det til innovasjon og nytenkning i kommunene for å imøtekomme samhandlingsreformens krav (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Vi tolker det slik at sykepleiere bør tenke nytt og bidra til endringer på arbeidsplassen, i tråd med utviklingen i eldreomsorgen. Vi mener Fugellis (2014), synspunkter om å våge å stille de kritiske spørsmålene kan ha en klar overføringsverdi til hvordan sykepleiere skal arbeide på sykehjem, som vi tenker vil kunne bidra til å endre kulturen i en positiv retning.

Ved å gjennomføre disse endringene mener vi at dette kan bidra til at sykehjem blir en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere.

Det har gjennom arbeidet med denne oppgaven reist seg spørsmål som vi ikke har fått et klart svar på. Vi etterspør ytterligere evaluering på årsakene til at kommunene ikke har gjort nok for å rekruttere og heve kompetansen til sykepleiere i sykehjem. Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 og ble publisert i 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Slik vi forstår funnene fra drøftingen ser vi at kompetansenivået og rekrutteringen ikke er tilstrekkelig god nok i dag. Hvorfor er det slik?

7. Litteraturliste

- *Benner, P. (1993). *From novice to expert*. Addison- Wesley Publishing Company.
- *Bentsen, G. (2015). *Prioriteringer av aktiviteter – Utviklingssenter for sykehjem i Hedmark*. Upublisert hefte presentert på møte ved Høgskolen i Hedmark, Elverum.
- *Bergland, Å., Vibe, O & Martinussen, N. (2010). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?. *Sykepleien.no*. 98(1), 52-54. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2010/01/hvordan-fa-sykepleiere-til-se-pa-sykehjem-som-en-fremtidig-arbeidsplass>
- *Bing-Jonsson, P.C., Bjørk, I.T., Hofoss, D., Kirkevold, M. & Foss, C. (2014). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59-72. <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12057>
- *Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering: I medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Castle, N.G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J.C., Olson, D. & Johs-Artisensi, J. (2015). Quality of care and long-term care administrators education: does it make a difference?. *Health Care Management Review*, 40(1), 35-45. <http://dx.doi.org/10.1097/HMR.0000000000000007>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Fugelli, P. (2010). *Nokpunktet: essays om helse og verdighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Fugelli, P. (2014). *Norge er blitt et feigt land*. Lokalisert på <http://khrono.no/2014/01/norge-er-blitt-et-feigt-land>

*Hansson, H. & Arentz, J.E. (2009). The impact of an educational intervention on nursing staff ratings of quality of older people care: A prospective, controlled intervention study.

International journal of nursing studies, 46(4), 470-478. Lokalisert på

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748908000977>

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s. 219-236). Oslo:

Gyldendal Akademisk.

*Helsedirektoratet. (2010). *Utvikling gjennom kunnskap – Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester-en nasjonal satsing. Overordnet strategi 2011-2015*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/178/Utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-overordnet-strategi-2011-2015-IS-1858.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg*. (St.meld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Omsorgsplan 2015*. (St.prp.nr. 1, 2007-2008).

Lokalisert på

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/sartrykk_omsorgsplan_2015.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr.47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §4. (2015).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §16. (2015).

Henriksen, S.G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å.

Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (1. utg., s. 57-75). Bergen: Fagbokforlaget.

*Hermansen, Å. & Grødem, A.S. (2013). Organisert for samhandling?. *Sykepleien Forskning*, 4(8), 354-361. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2013/11/organisert-samhandling>

*Hermansen, Å. & Grødem, A.S. (2015). Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, 1(10), 24-32. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/reduisert-liggetid-blant-de-eldste>

Høgskolen i Hedmark. (2014). *Studieplaner 2015/2016: 4PRAHJEM Praksis i hjemmesykepleie*. Lokalisert på: <http://hihm.no/content/view/full/54802/language/nor-NO>

Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden?: Om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Krogstad, U. & Foss, C. (1997). *Det handler om å snu seg: Sykepleie – Kompetanse – Handlekraft*. Oslo: Gyldendal.

*Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget.

*Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1*. (4. utg., s. 17-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Norsk. (2014). *Avgangundersøkelse NSF 2014*. Lokalisert på <https://system.analyzer.com/MVC/reporting/sharedreport?&shareSessionId=6aee41d9-2719-40f7-951f-3fda6cc64d26>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nylenna, M. & Braut, G.S. (2014). Helsetjeneste. *Store medisinske leksikon*. Lokalisert på <https://sml.snl.no/helsetjeneste>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §1-1. (2014).

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §2-1a. (2014).

*Sandvik, S. (2014, 13 Januar). Nyutdannet – Tør ikke jobbe på sykehjem. *Nrk.no*. Lokalisert på <http://www.nrk.no/norge/fa-sykepleiere-vil-pa-sykehjem-1.11463546>

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinckmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 97-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Ytrehus, S. & Nuland, B.R. (2007). *Gull eller gråstein status for rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene*. Fafo (Rapport 2007:21). Lokalisert på http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20021.pdf

*Østby, B.A. (2015, 12. Mars). Svikter sykehjemmene. *Sykepleien.no*. Lokalisert på <https://sykepleien.no/2015/03/svikter-sykehjemmene>

8. Vedlegg

8.1 Pico skjema

PICO – skjema nr. 1

P: Patients/population/problem/hvem?	Long-term care, Nursing home
I: Intervention/tiltak/initiative/hva?	Quality of health care, Quality improvement
C: Comparison/alternativer?	
O: Outcome/resultat/effect?	

PICO – skjema nr. 2

P: Patients/population/problem/hvem?	Nurses, Workplace
I: Intervention/tiltak/initiative/hva?	Competence
C: Comparison/alternativer?	
O: Outcome/resultat/effect?	Competence

8.2 Samtykkeerklæringer

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og gjennomgått innholdet i oppgaven hvor jeg er gjengitt, og gir herved samtykke til bruk av mitt navn i det ferdige produktet.

Sted: *Elverum*

Dato: *20/5 - 2015*

Gro Bentsen

Underskrift

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og gjennomgått innholdet i oppgaven hvor jeg er gjengitt, og gir herved samtykke til bruk av mitt navn i det ferdige produktet.

Sted: *Kongsvinger*
Dato: *19.5.2016*

Bente Sjøe Nilsen
Underskrift

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og gjennomgått innholdet i oppgaven hvor jeg er gjengitt, og gir herved samtykke til bruk av mitt navn i det ferdige produktet.

Sted: *Bovenid*
Dato: *19/5 - 2015*

Amund S. Kordahl

Underskrift